

Infectieziektepreventie onder harddrugsgebruikers

Inzichten en vraagstukken

Anouk de Gee, Petra Havinga, Ineke Baas en Agnes van der Poel*

In de jaren tachtig van de vorige eeuw ontpopte Nederland zich als een voorloper op het gebied van ‘harm reduction’ in de strijd tegen aids. Inmiddels is de gezondheid van harddrugsgebruikers verbeterd en de incidentie van infectieziekten binnen deze populatie ingeperkt. Toch blijft extra aandacht voor infectieziekten nodig bij deze kwetsbare groep. Dit artikel onderstreept het belang van infectieziektepreventie en -zorg en schetst de rol van de verslavingszorg daarin aan de hand van vier fasen (preventie, actief testen, behandeling, nazorg). Veel infecties, zoals hiv en hepatitis, brengen vage klachten met zich mee, die zonder actief testbeleid gemakkelijk onopgemerkt blijven. Goede voorlichting, actief uitvragen van risicogedrag en counselingsvaardigheden van artsen en verpleegkundigen zijn voorwaarden voor een succesvol beleid op actief testen en indien nodig behandeling. De verslavingszorg staat voor de uitdaging om, ondanks het politieke en economische klimaat, infectieziektepreventie en actief testen op de kaart te zetten en te houden.

Inleiding

In de jaren tachtig van de vorige eeuw ontpopte Nederland zich als een van de voorlopers op het gebied van ‘harm reduction’ in de strijd tegen aids met gerichte voorlichting en preventie onder hoogrisicogroepen

* Drs. E.A. de Gee en dr. A. van der Poel zijn wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut te Utrecht en coördinatoren van het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction. E-mail: agee@trimbos.nl.

Drs. P. Havinga is wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut te Utrecht en werkt als onderzoeker voor het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction.

Drs. I. Baas is programmaleider Infectieziekten bij Stichting Mainline te Amsterdam.

Met dank aan dr. E. Croes, wetenschappelijk medewerker bij het programma Drug Monitoring van het Trimbos-instituut.

(zie www.aidsfonds.nl). Binnen de doelgroep drugsgebruikers was het opzetten van spuitomruil, in combinatie met condoomverstrekking en voorlichting over hygiëne en veilig vrijen, een cruciale stap in het terugdringen van de hiv-transmissie (Van Laar & Van Ooyen-Houben, 2009; WHO, 2004). In de jaren negentig ontstonden de eerste officiële experimenten met gebruiksruimten, onder meer om de gezondheidsbevordering en beperking van infectieziekten onder drugsgebruikers te stimuleren en tevens overlast te reduceren en in contact te komen met zorgmijdende drugsgebruikers (Blok, 2008; Linssen, De Graaf & Wolf, 2002). Uit onderzoek blijkt dat juist de combinatie van verschillende voorzieningen, zoals spuitomruil in combinatie met methadonverstrekking, tot een afname van incidentie van hiv en hepatitis C (HCV) kan leiden (Van den Berg e.a., 2007).

De kwetsbaarheid voor infectieziekten is de afgelopen jaren afgangen. Sinds de jaren negentig is het aantal injecterende drugsgebruikers in Nederland sterk afgangen, wat heeft bijgedragen aan de inperking van een belangrijke transmissieroute binnen deze populatie (Hoogenboezem e.a., 2009; Witteveen, 2008). Binnen een veldonderzoek onder problematisch opiaatgebruikers lag het percentage actuele injecterende drugsgebruikers op 13 procent, wat een schatting oplevert van in totaal ongeveer 2.301 injecterende opiaatgebruikers in Nederland (Cruts & Van Laar, 2010). Van alle opiaatcliënten in de verslavingszorg in 2009 stond 9 procent bekend als sputier (Ouwehand e.a., 2010). In vergelijking met 41 procent van alle primaire opiaatcliënten in Europa (EMCDDA, 2011a) zijn dit zeer lage percentages.

Deze afname van het aantal injecterend drugsgebruikers is terug te zien in de afname van het aantal plekken waar drugs geïnjecteerd kunnen worden in gebruiksruimten (naar gemiddeld 5 per gebruiksruimte in 2010; Havinga & Van der Poel, 2012) en in de sterke daling van het aantal omgeruilde of uitgegeven naalden bij de spuitomruil (Van Laar e.a., 2011). Daarnaast hebben het *Plan van aanpak maatschappelijke opvang* vanaf 2006 en de *Monitor stedelijk kompas* vanaf 2008 gezorgd voor een aanzienlijke verbetering in leefomstandigheden, gezondheid en leefstijl van dak- en thuisloze harddrugsgebruikers (Planije & Tuynman, 2011; Tuynman, Planije & Place, 2011). Vandaag de dag zijn bijna alle gebruikers in contact met de (laagdrempelige) verslavingszorg (Cruts & Van Laar, 2010).

Infectieziektespreventie en -bestrijding hebben zowel in Nederland als op internationaal niveau hun sporen verdiend en zijn zonder twijfel (kosten)effectief te noemen (Helsper, 2011; Ritter & Cameron, 2006). De uitdaging is nu om de aandacht hiervoor binnen de verslavingszorg op de agenda te houden en ‘(evidence-based) best-practices’ goed

geïmplementeerd te krijgen, ondanks de economische ontwikkelingen en het politieke klimaat waarin de nadruk verschuift van het gezondheidszorgperspectief naar een ‘public order’-perspectief (Van der Poel & De Gee, 2011). Doel van dit artikel is het belang van infectieziektelevereniging en -zorg bij harddrugsgebruikers (heroïne, basecoke, methadon) te onderstrepen, en de rol van de verslavingszorg daarin te schetsen. We gaan hoofdzakelijk in op preventie en zorg voor hiv en hepatitis B en C.

Methodiek

Om ons betoog te onderbouwen voerden we een websearch uit en gebruikten we informatie vanuit het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction.

WEBSEARCH

Najaar 2011 voerden we een websearch uit in Google en Google Scholar, met de zoektermen ‘harm reduction’, ‘infectieziekten’, ‘hard-drug(s)gebruikers’ en ‘verslavingszorg’. Ook zochten we beleidsdocumenten en andere informatie op websites van relevante actoren, zoals VWS, Aidsfonds, Nationaal Hepatitis Centrum, RIVM/CIb, GGD Nederland, GGZ Nederland, Mainline en Trimbos-instituut.

NETWERK INFECTIEZIEKTEN & HARM REDUCTION

Het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction is een doorlopend project waarin borging en doorontwikkeling van harm reduction en infectieziektelevereniging centraal staan (Havinga, De Gee & Van der Poel, 2012). Voor dit artikel hebben we gebruik gemaakt van literatuur- en veldonderzoek dat we uitvoerden ten behoeve van de producten van dit netwerk.¹ Daarnaast analyseerden we de verslagen van de netwerkbijeenkomsten (vijfmaal per jaar) van de afgelopen drie jaar. Op deze bijeenkomsten delen professionals kennis en ervaringen rondom harm reduction en infectieziektelevereniging. Deze professionals zijn onder andere werkzaam bij een groot aantal regionale instellingen voor verslavingszorg, een aantal stedelijke GGD'en, Mainline en het Trimbos-instituut.

¹ Voor informatie over de activiteiten en producten van het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction zie www.trimbos.nl/onderwerpen/preventie/harm-reduction-infectieziekten-en-druggebruik.

Resultaten

STAND VAN ZAKEN: HIV EN HEPATITIS B EN C BIJ HARDDRUGSGEBRUIKERS

Tabel 1 geeft een overzicht van verschillende prevalentiecijfers van hiv en hepatitis B en C onder harddrugsgebruikers in Nederland. Verschillen in gevonden prevalenties kunnen verklaard worden door verschillen in onderzoeks methode, onderzochte doelgroep en regio. Opvallend zijn de lage hiv-prevalenties. Van de 14.610 geregistreerde hiv-patiënten die bij een hiv-behandelaar in beeld zijn, is drugsgebruik in 2 procent van de gevallen de meest waarschijnlijke transmissieroute. In 2010 had slechts 1 procent ($n = 6$) van alle nieuwe hiv-diagnosen injecterend drugsgebruik als meest waarschijnlijke transmissieroute (Van Sighem e.a., 2011). Ook de incidentie van hepatitis C (HCV) onder harddrugsgebruikers is laag (Van Sighem e.a., 2011). Echter, door veel besmettingen in het verleden ligt de prevalentie vele malen hoger dan in de algemene bevolking (0,1-0,4%; zie www.hepatitis.nl). Bovendien komt coïnfectie met HCV bij hiv-geïnfecteerden relatief

Tabel 1. Prevalentie van HCV, HBV en hiv onder harddrugsgebruikers in Nederland.

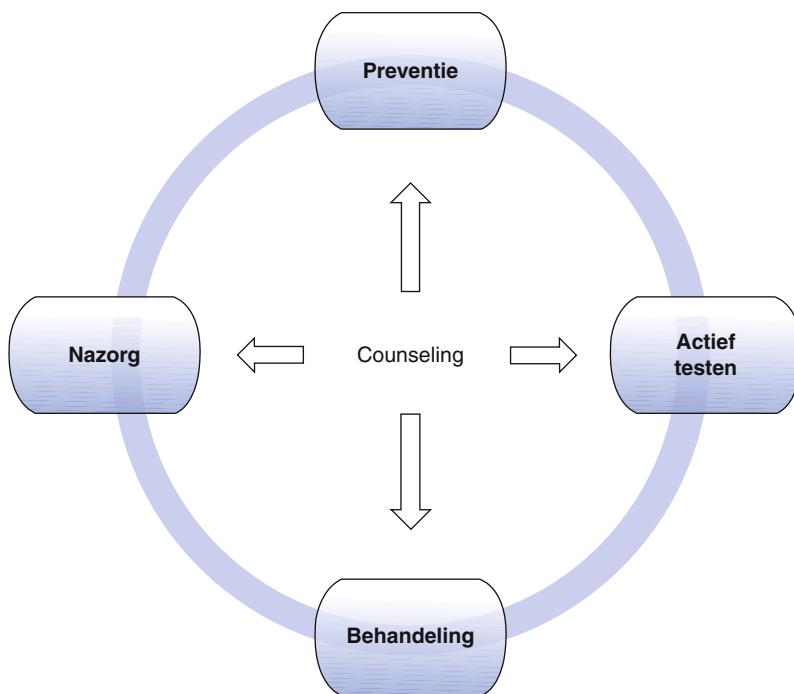
	Prevalentie (%)	Jaar publicatie	Doelgroep drugsgbruikers	Locatie
HCV	24-100	2011 ¹	injecterend	verschillende steden*
	26-91	2011 ²	verschillende groepen	verschillende steden/ regio's*
	6,3	2009 ³	nooit injecterend	Amsterdam
	47-79	2009 ⁴	injecterend	verschillende steden*
	25	2010 ⁵	verschillende groepen	verschillende steden/ regio's
HBV**	84,5	2007 ⁶	ooit injecterend	Amsterdam
	11-48	2011 ²	verschillende groepen	verschillende steden/ regio's*
	30,6-67,5	2011 ¹	injecterend	verschillende steden*
	35-67	2009 ⁴	injecterend	verschillende steden*
	0-25,9	2011 ¹	injecterend	verschillende steden/ regio's*
HIV	1-26	2005 ⁷	injecterend	verschillende steden/ regio's

* Percentages zijn gebaseerd op meerdere onderzoeken. ** Immunen en dragers. ¹ EMCDDA (2011b), ² Van Laar e.a. (2011), ³ Van den Berg e.a. (2009), ⁴ Van Laar en Van Ooyen-Houben (2009), ⁵ NIGZ (2010), ⁶ Van den Berg e.a. (2007), ⁷ Van de Laar e.a. (2005).

vaker voor bij harddrugsgebruikers (Van Sighem e.a., 2011). Bij deze tabel moet worden opgemerkt dat van nog veel harddrugsgebruikers de infectieziektestatus onbekend is.

INFECTIEZIEKTEPREVENTIE EN -ZORG BINNEN DE VERSLAVINGSZORG

De preventie van en zorg voor infectieziekten onder harddrugsgebruikers kan in vier fasen ingedeeld worden (zie figuur 1). Binnen elke fase zijn professionals gebaat bij goede counselingsvaardigheden om harddrugsgebruikers te motiveren risico's te vermijden (preventie), zich te laten testen (actief testen), indien relevant zich te laten behandelen (behandeling) en om tijdens behandeling doorgemaakte positieve gedragsverandering te bestendigen (nazorg).



Figuur 1 Verschillende fasen van infectieziektespreventie en -zorg bij harddrugsgebruikers.

PREVENTIE

Preventie van infectieziekten gaat in eerste instantie om goede informatieverstrekking richting zowel harddrugsgebruikers als professionals. Stichting Mainline heeft op landelijk niveau een rol in de voorlichting direct gericht op drugsgebruikers. Het veldwerk spreekt met

gebruikers in heel Nederland over de risico's op gezondheidsproblemen en hoe deze te beperken of vermijden. Op regionaal niveau worden binnen een aantal instellingen voor verslavingszorg regelmatig cliëntvoorlichtingen gehouden over veilig gebruik en veilige seks door speciaal hiervoor opgeleide verpleegkundigen.

Informatieverstrekking richting professionals in de verslavingszorg bestaat voornamelijk uit een (vast) onderdeel binnen de basiscursus Verslavingszorg voor nieuwe medewerkers. Met name voor verpleegkundigen en artsen is deze training niet altijd voldoende om de benodigde taken op het gebied van infectieziektereflectie en -zorg adequaat uit te voeren. Een aantal leden van het Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction is opgeleid om binnen (en buiten) de eigen instelling extra trainingen op dit onderwerp te verzorgen, zoals met de praktijkgerichte workshops, waarin in korte tijd op een interactieve manier een bepaald thema (bijvoorbeeld praten over seksualiteit) wordt uitgediept. Zowel voorlichting aan cliënten als aan medewerkers over deze onderwerpen, en dan met name over veilige seks, is echter nog geen gemeengoed binnen alle instellingen voor verslavingszorg.

Het lijkt vanzelfsprekend, maar we kunnen niet onvermeld laten dat voorzieningen als spuitomruil, gebruiksruijten, methadononderhouds- en heroïnebehandelingen, laagdrempelige opvang en (tot voor kort) gratis hepatitis B-vaccinatie belangrijk zijn in het kader van infectieziektereflectie voor deze doelgroep. Binnen het vaccinatieprogramma voor hepatitis B-risicogroepen ontvingen tussen 2002 en eind 2010 in totaal 18.155 harddrugsgebruikers een eerste vaccinatie, met een 'compliance' van 80 procent en 57 procent voor respectievelijk de tweede en derde vaccinatie (Van Dam, 2011). Daarnaast had dit programma een positief effect op het risicobesef bij harddrugsgebruikers en aandacht voor infectieziekten bij professionals.

Vanaf 2012 krijgen drugsgebruikers geen gratis vaccinatie meer aangeboden vanuit dit programma, aangezien de incidentie van acute hepatitis B (HBV) onder drugsgebruikers al jaren zeer laag is (RIVM, 2011). Door de snelle doorvoering van deze beleidswijziging hebben de verslavingszorginstellingen weinig tijd gehad om een goed vaccinatiebeleid op te stellen en te implementeren. De kans is groot dat hiermee een goede en (kosten)effectieve preventiemaatregel onvoldoende wordt voortgezet op individueel niveau (De Vries, 2011; Gezondheidsraad, 2009).

ACTIEF TESTEN

Om verspreiding te voorkomen en vanwege de verbeterde behandelmethoden, heeft de Gezondheidsraad al in 1999 het advies uitgebracht

om bij bepaalde doelgroepen, waaronder drugsgebruikers, een actief integraal testbeleid te voeren met betrekking tot hiv (en andere soa). In 2006 is dit advies herhaald door de Stuurgroep Actief Testen. De laatste inventarisatie specifiek gericht op beleid en praktijk rondom de hiv-test binnen de verslavingszorg was in 2005-2006. De meeste respondenten (voornamelijk artsen en verpleegkundigen) bieden de hiv-test niet actief of onregelmatig aan (Hoogenboezem, 2007). Hetzelfde geldt voor de hepatitis C-test (Croes & Van der Veen, 2011). Knelpunten zijn onder andere het ontbreken van actief testen binnen de taakomschrijving van verpleegkundigen, niet kunnen aanvragen of uitvoeren van testen door medewerkers, de beperkte aandacht voor somatiek en een gebrek aan beleidmatige verankering. Deze knelpunten spelen nog steeds een rol binnen veel instellingen voor verslavingszorg. Bij de meeste instellingen besluiten individuele artsen en verpleegkundigen of harddrugsgebruikers een actief testaanbod krijgen of niet, terwijl nog geen handvol instellingen een aantoonbaar actief testbeleid voert (NIHR, 2009-2011). Gevolg is dat harddrugsgebruikers op een behoorlijk aantal locaties niet standaard een testaanbod krijgen. Hun infectieziektestatus blijft onbekend en eventuele behandeling blijft daarmee uit.

BEHANDELING EN NAZORG

In Nederland behoren (ooit injecterende) harddrugsgebruikers tot de groepen met de hoogste hepatitis C-besmettingsgraad. De symptomen van hepatitis C zijn aspecifiek (vermoeidheid, malaise) en het kan wel 20-40 jaar duren voordat klinische symptomen zich ontwikkelen. Uit de evaluatie van de hepatitis C-informatiecampagne blijkt een actief testaanbod, inclusief counselinggesprekken, succesvol in het opsporen van tot dan toe onbekende HCV-infecties. In een half jaar tijd zijn 176 infecties opgespoord (25% van het totale aantal geteste drugsgebruikers; NIGZ, 2010). Een behandelde HCV-infectie leidt in 50-80 procent van de gevallen tot genezing, waarmee ernstige complicaties in de lever en verdere verspreiding van het virus voorkomen kunnen worden. De genezingspercentages van harddrugsgebruikers zijn vergelijkbaar met die van niet-drugsgebruikende patiënten (Hellard, Sacks-Davis & Gold, 2009), zelfs bij actief drugsgebruik (Lindenburg e.a., 2011).

Deze wetenschappelijke resultaten worden positief ondersteund door praktijkvoorbeelden, zoals in Rotterdam (BoumanGGZ), Gelderland (IrisZorg) en Twente (Tactus). Daarnaast blijkt dat, hoewel kostbaar en tijdrovend voor professionals, een intensieve opsporingsstrategie van HCV-dragers in de verslavingszorg en het behandelen van geïnfec-

teerde gebruikers uiteindelijk zowel effectief als kosteneffectief zijn (Helsper, 2011). Desalniettemin zijn er nog veel gebruikers niet getest op HCV of nog niet begonnen met een behandeling. Wat hiv betreft, is bekend dat drugsgebruikers in vergelijking met homomannen later beginnen met een hiv-behandeling, waardoor de gezondheidswinst beperkt is (Smit e.a., 2006) en dat ongeveer 70 procent van de gebruikers met een hiv-diagnose in behandeling of onder controle is bij een hiv-behandelaar (Van Sighem e.a., 2011).

Conclusie

Ten opzichte van de jaren tachtig is de gezondheid van harddrugsgebruikers sterk verbeterd en de incidentie van infectieziekten binnen deze populatie ingeperkt. Toch blijven harddrugsgebruikers (al dan niet injecterend) een kwetsbare groep, bij wie extra aandacht voor infectieziekten nodig blijft. Injecterend drugsgebruik komt nog steeds voor in Nederland en het risico op overdracht van infectieziekten bij het delen van basepijpjes² - wat regelmatig gebeurt - is niet uitgesloten (Neagius e.a., 2007). Ook blijkt dat harddrugsgebruikers regelmatig condooms achterwege laten (Van Sighem e.a., 2011; De Boer e.a., 2006). Veel infecties, zoals hiv en hepatitis, brengen vage klachten met zich mee, die gemakkelijk onopgemerkt blijven bij het ontbreken van een actief testbeleid, mede door de onderdrukkende werking van het middelengebruik en de algemeen zwakkere weerstand van gebruikers. Wetenschappelijk onderzoek bewijst nut en noodzaak van een actief testaanbod en vraagt om een adequate aanpak in beleid en praktijk gericht op preventie van en zorg voor infectieziekten binnen de verslavingszorg.

Het advies om binnen de verslavingszorg een actief testbeleid te voeren op hiv en andere infectieziekten, is opgenomen in de Richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB; Loth, Oliemeulen & De Jong, 2005) en in de conceptversie van de Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving (Van den Brink, Van de Glind & Schippers, 2012). Implementatie van de RIOB en adequaat testbeleid zijn tot op heden bij slechts een paar instellingen succesvol verlopen. Het is aan de verslavingszorg om prioriteit te geven aan de implementatie en borging van deze richtlijnen en het ontwikkelen van beleid en richtlijnen waar deze nog ontbreken. Actief testen en het bieden van adequate zorg kan op (middel)lange termijn hoge zorgkosten of onnodige zielteklast en sterfte voorkomen. Voorlichting aan zowel professionals als drugsgebruikers, het actief uitvragen van risicogedrag en voldoende counselings-

² Basepijpjes worden gebruikt om heroïne of basecoke mee te roken.

vaardigheden bij artsen en verpleegkundigen zijn voorwaarden voor een goede implementatie en uitvoering van een degelijk beleid op actief testen en indien nodig behandelen.

Op basis van eerdere communicatie over het aanstaande drugsbeleid is de verwachting dat het zwaartepunt zal komen te liggen bij overlastbestrijding en ontmoediging van drugsgebruik (Tweede Kamer, 2009). De uitdaging is om, ondanks het politieke en economische klimaat, infectieziektespreventie en actief testen van harddrugsgebruikers op de kaart te krijgen en te houden. De verbetering van de leefsituatie van drugsgebruikers betekent nieuwe kansen en mogelijkheden voor de preventie van en zorg voor infectieziekten. Harddrugsgebruikers zijn bijvoorbeeld steeds vaker onder dak. Daarmee hebben ze meer rust en zijn ze goed bereikbaar. Dit opent deuren voor gezondheidsbodschappen over veilig gebruik en veilige seks, infectieziektespreventie en bijvoorbeeld behandeling van hepatitis C.

Literatuur

Berg, C.H.S.B. van den, Laar, T.J.W. van de, Kok, A., Zuure, F.R., Coutinho, R.A. & Prins, M. (2009). Never-injected, but hepatitis C virus-infected: a study among self-declared never-injecting drug users from the Amsterdam Cohort Studies. *Journal of Viral Hepatitis*, 16, 568-577.

Berg, C.H.S.B. van den, Smit, C., Bakker, M., Geskus, R.B., Berkhout, B., Juriaans, S., Coutinho, R.A., Wolthers, K.C. & Prins, M. (2007). Major decline of hepatitis C virus incidence rate over two decades in a cohort of drug users. *European Journal of Epidemiology*, 22, 183-193.

Berg, C.H.S.B. van den, Smit, C., Brussel, G. van, Coutinho, R.A. & Prins, M. (2007) Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from Amsterdam cohort studies among drug users. *Addiction*, 102, 1454-1462.

Blok, G. (2008). Pampering needle freaks or caring for chronic addicts? *Social History of Alcohol and Drugs*, 22, 243-261.

Boer, I.M. de, Coul, E.L.M. op de, Koedijk, F.D.H., Veen, M.G. van & Laar, M.J.W. van de (2006). *HIV and sexually transmitted infections in the Netherlands in 2005*. Bilt-hoven: RIVM.

Brink, W. van den, Glind, G. van de & Schippers, G. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving. Conceptversie ten behoeve van de commentaarfase*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Croes, E. & Veen, C. van der (2011). *Hepatitis C in de verslavingszorg. De implementatie van de hepatitis C informatiecampagne*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Cruts, A.A.N. & Laar, M.W. van (2010). Aantal problematische harddrugsgebruikers in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut.

Dam, M. van (2011). Presentatie: hepatitis B-vaccinatie bij druggebruikers. Bilthoven: RIVM. Internet: www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:51833&type=org&disposition=inline.

EMCDDA (2011a). Jaarverslag 2011. Stand van de drugsproblematiek in Europa. Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie.

EMCDDA (2011b). Jaarverslag 2011. Stand van de drugsproblematiek in Europa. Statistisch bulletin 2011: drugsgerelateerde infectieziekten. Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie.

Gezondheidsraad (2009). Algemene vaccinatie hepatitis B herbeoordeeld. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad, Beraadsgroep Infectie en Immuniteit (1999). Herziening van het HIV-testbeleid (publicatiennr. 1999/02). Den Haag: Gezondheidsraad.

Havinga, P. & Poel, A. van der (2012). Organisatie en inrichting van gebruiksruimten in Nederland (2003-2010). *Verslaving*, 8, 44-54.

Havinga, P., Gee, A. de & Poel, A. van der (2012). Factsheet Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hellard, M., Sacks-Davis, R. & Gold, J. (2009) Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence. *Clinical Infectious Diseases*, 49, 561-573.

Helsper, C.W. (2011). Case finding strategies for hepatitis C infection. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Hoogenboezem, G. (2007). 'Ik heb er nooit bij stilgestaan.' Praktijken en beleid rondom de HIV-test in verslavingszorginstellingen. *Verslaving*, 3, 36-44.

Hoogenboezem, G., Baas, I., Gee, A. de & Vossenberg, P. (2009). Heroïnegebruikers en infectieziekten. Risicogedrag en gezondheid onder gemarginaliseerde heroïnegebruikers in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut.

Laar, M.J.W. van de, Boer, I.M. de, Koedijk, F.D.H. & Coul, E.L.M. op de (2005). *HIV and sexually transmitted infections in the Netherlands in 2004. An update: november 2005*. Bilthoven: RIVM.

Laar, M.W. van & Ooyen-Houben, M.M.J. van (2009). Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid. Utrecht: Trimbos-instituut/Den Haag: WODC.

Laar, M.W. van, Cruts, A.A.N., Ooyen-Houben, M.M.J. van, Meijer, R.F., Croes, E.A., Brunt, T. & Ketelaars, A.P.M. (2011). Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2010. Utrecht: Trimbos-instituut.

Lindenburg, C.E., Lambers, F.A., Urbanus, A.T., Schinkel, J., Jansen, P.L., Krol, A. & Weegink, C.J. (2011). Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: results from the DUTCH-C project. *European Journal Gastroenterol Hepatology*, 23, 23-31.

Linssen, L., Graaf, I. de & Wolf, J. (2002). Gebruiksruimten in beeld. Handreiking bij de organisatie en inrichting. Utrecht: Trimbos-instituut.

Loth, C.A., Oliemeulen, L.E.A.P. & Jong, C.A.J. de (red.) (2005). Richtlijn opiaat-onderhoudsbehandeling (RIOB). Amersfoort: GGZ Nederland.

Neagis, A., Gyarmathy, V.A., Zhao, M., Miller, M., Friedman, S.R. & Des Jarlais, D.C. (2007). Sexual and other non-injection risks for HBV and HCV seroconversions among noninjecting heroin users. *Journal of Infectious Diseases*, 195, 1052-1061.

Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction (2009-2011). Signalen en informatie vanuit het Netwerk I&HR. Trimbos-instituut.

NIGZ (2010). Eindverslag hepatitis C informatiecampagne. Woerden: NIGZ.

Ouwéhand, A.W., Kuijpers, W.G.T., Wisselink, D.J. & Delden, E.B. van (2010). *Kerncijfers verslavingszorg 2009: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten: IVZ.

Planije, M. & Tuynman, M. (2011). Monitor stedelijk kompas 2010. Plan van aanpak maatschappelijke opvang in 39 centrumgemeenten. Utrecht: Trimbos-instituut.

Poel, A. van der & Gee, A. de (2011). European harm reduction conference. Verslaving, 7, 68-71.

Ritter, A. & Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25, 611-624.

RIVM (2011). Beleidswijziging vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen doelgroep druggebruikers. Brief d.d. 26-01-2011, kenmerk: 0052-2011 LCI/RC/10.

Sighem, A. van, Smit, C., Gras, L., Holman, R., Stolte, I., Prins, M. & Wolf, F. De (2011). Monitoring report 2011. Human immunodeficiency virus (HIV) Infection in the Netherlands. Amsterdam: Stichting HIV Monitoring.

Stuurgroep Actief Testbeleid (2006). *Opsporing verzocht! Actief testbeleid op hiv en andere soa. Evaluatie programma Actief Testen*. Amsterdam: Soa Aids Nederland.

Tuynman, M., Planije, M. & Place, C. (2011). Monitor plan van aanpak maatschappelijke opvang. Rapportage 2010: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. Utrecht: Trimbos-instituut.

Tweede Kamer der Staten Generaal (2009). Hoofdlijnenbrief drugsbeleid. Vergaderjaar 2009-2010, publicatie 24077, nr. 239.

Vries, F. de (2011). Hepatitis B-vaccinatieprogramma voor de risicogroep druggebruikers. Bilthoven: RIVM.

WHO (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Zwitserland: WHO.

Witteveen, E. (2008). *Knowledge gained through experience in young problem drug users. Reflections on interventions and change*. Amsterdam: GGD Amsterdam.